

『行天宮急難濟助』個案轉介申請表

申請項目：家庭急難濟助 學生急難濟助 醫療急難濟助 收件編號：_____

(公部門、社福團體/案主為一般民眾) (學校/案主為學生) (醫院/案主為一般民眾)

案主姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業/科系年級	出生年月日	民國 年 月 日
身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 新移民 <input type="checkbox"/> 其他		身分證字號	
聯絡地址	室內電話	個人存摺必填	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結 案主無帳戶： <input type="checkbox"/> 可開戶 <input type="checkbox"/> 無法開戶 若帳戶遭凍結或無法使用請勿提出申請	
		手機號碼		

I. 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，供審核使用。
 II. 通過審核者之補助款金額將列計當年度收入，並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。
 III. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利，但若未完整提供個人資料將影響審核結果：
 1. 查詢或請求閱覽 2. 自費請求製給複製本 3. 請求補充或更正
 4. 請求停止蒐集、處理或利用 5. 請求刪除本人個人資料。

案主簽章(必填)： _____
 法定代理人： _____ (與案主關係： _____)

※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或法定代理人已簽名請略過
 至今仍不知其法定代理人為何人(或無法聯繫)，為免損害案主接受濟助審核權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。

主管/承辦人： _____ 年 月 日

轉介單位	名稱	必填	住址	必填	必填申請日期
	轉介人/電話	必填	Email		年 月 日
	導師/電話	/	Email		年 月 日

家系圖： _____

說明：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等

家庭所有成員狀況

稱謂	姓名	年齡	存/歿健康狀況	就業、收入情形或就讀學校年級	保險別請填數字	稱謂	姓名	年齡	存/歿健康狀況	就業、收入情形或就讀學校年級	保險別請填數字
案主											

保險別(可複選) 1.健保 2.勞保 3.國保 4.農保 5.漁保 6.公保 7.軍保 8.眷保 9.榮保 10.福保 11.商業保險 12.其他

家庭經濟狀況 全戶總人口數：_____人，工作人口數：_____人，就學人口數：_____人

全戶福利資源現況

<input type="checkbox"/> 低收入家庭補助	<input type="checkbox"/> 兒少生活扶助	<input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助	<input type="checkbox"/> 馬上關懷
<input type="checkbox"/> 低收入學生生活補助	<input type="checkbox"/> 老人生活津貼	<input type="checkbox"/> 學產基金急難救助	<input type="checkbox"/> 公所急難救助
<input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助	<input type="checkbox"/> 醫院補助金額	<input type="checkbox"/> 教育部助學金補助	<input type="checkbox"/> 特種家庭生活扶助
<input type="checkbox"/> 行天宮醫療專款	<input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____		

全戶家庭收入 無 全戶每月工作平均總收入：_____元 全戶利息收入_____元/年 其他：_____

全戶家庭支出 生活費_____元/月 房貸_____元/月 房租_____元/月 學雜費_____元/學期
醫療費_____元 喪葬費_____元 其他_____

主要負擔家計者 死亡 身心障礙者 服刑 重大傷病患者 其他_____

檢附文件 必備：近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) 全戶最新年度國稅局財稅資料 或 低收入/中低收入證明(影本即可)
 急難事由：診斷證明 死亡證明 醫療或喪葬費用收據 身障手冊 重大傷病卡 其他_____

機構關防 (請蓋大印)	單位主管 (職章)	轉介人員 (職章)
--------------------	------------------	------------------

註：1. 本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員或學校單位填寫。(收件編號由本法人填寫)
 2. 個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。
 3. 審核通過之補助金為一次性給付，將不另行出示證明文件。

※申請書及附件請依序排列後於右上方角裝訂
 收件地址 10550 台北市松山區南京東路二段303巷14弄4號
 財團法人台北行天宮急難濟助收 / 關懷專線 0800-21785 / 02-25026506